Aus der
Dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik
in München.
Direktor: Prof. Dr. L. von Zumbusch.

Das Erythema exsudativum multiforme in der Mundhöhle.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

in der Zahnheilkunde

verfaßt und

einer Hohen medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

ALBERT HEHLE,
Zahn-Arzt in München.

München 1927.

Referent: Prof. Dr. Heuck.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Das Erythema exsudativum multiforme in der Mundhöhle.

Von den Erkrankungen in der Mundhöhle stellen ohne Zweifel die blasenbildenden Affektionen der Mundschleimhaut in Bezug auf die Differentialdiagnose eine besonders schwierige Aufgabe dar. Der Grund ist eben darin zu suchen, daß die richtige Entwicklung einer Blase durch die anhaltende Mazeration beim Sprechen und Essen fast überhaupt nie zustande kommt, weil durch äußerliche Schädlichkeiten schon während der Entstehung der Blase eine teilweise oder auch vollständige Schädigung der Blasenhülle erfolgt. Dazu kommt ferner noch die ausgiebigere Fibrinbildung auf der Mundschleimhaut gegenüber der Haut, sodaß statt der flüssigen eine fibrinöse Exudation stattfindet: Das Krankheitsbild wird also im Munde sehr verschwommen.

Solange aber nun die Schleimhautaffektionen von Erscheinungen auf der äußeren Haut begleitet sind, solange besteht immer noch die Möglichkeit sich durch diese die Diagnose zu erleichtern und zu sichern. Fallen aber diese weg, dann wird die Differentialdiagnose sehr oft schwierig und leicht falsch gestellt, sodaß auch falsche Behandlung erfolgt. Diese diagnostischen Schwierigkeiten ergeben sich besonders oft und leicht beim Erythema exsudativum multiforme in der Mundhöhle.

Die Aetiologie dieser Affektion ist leider auch heute noch in Dunkel gehüllt. Und wie wir allgemein in der Medizin auch bei anderen Erkrankungen, deren Aetiologie unbekannt ist, eine Reihe der verschiedenartigsten Bezeichnungen finden, wie beispielsweise bei uns Zahn-Ärzten für die Alveolarpyorrhoe: Caries alveolaris specifica (Arkövy), Caries alveolaris idiopathica (Greve), Periodontitis chronica marginalis purulenta (Römer), arthrodentäre Gingivitis (Galippe), Phagedenie (Black) usw.,

so hat sich auch hier schon zu Beginn der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts eine große Menge von Benennungen gebildet, die heute mehr für die Bezeichnung einzelner Formen oder Stadien des Eryth. exs. m. angewendet werden, wie z. B. Eryth. papulatum, polymorphes Erythem (Kaposi), Eryth. iris, Eryth. tuberculatum, Eryth. annulare, Eryth. centrifugum, Eryth. gyratum, Eryth. marginatum, Eryth. vesiculosum, Eryth. bullosum (Herpes iris et circinatus). Es ist das Verdienst des Wiener Dermatologen F. v. Hebra, daß er für diese nun anscheinend verschiedenartigsten erythematösen Affektionen einen gemeinsamen Namen brachte: „Erythema exsudativum multiforme". Damit ist nun allerdings der Erkenntnis der Aetiologie nicht näher gerückt (F. v. Hebra mußte selbst gestehen, daß ihm die Ursache des Eryth. exs. m. völlig unbekannt sei), aber es ist insofern als ein großes Verdienst anzusehen, als durch diese Zusammenfassung eine einheitliche Auffassung in die Lehre von diesen Erkrankungen gekommen ist, die bei den weiteren Erörterungen als Richtlinie diente.

Heute unterscheidet man allgemein zwischen einem primären idiopathischen und einem sekundären symptomatischen Erythema multiforme.

Was die primäre idiopatische Form anbelangt, so steht auch jetzt noch die Entdeckung des spezifischen Erregers aus. Im Laufe der Zeit wurden die verschiedenartigsten Mikroorganismen gefunden, denen spezifische Eigenschaften zugeschrieben wurden. So hat Haushalter in zwei Fällen vom Eryth. exs. m. aus der Bläschen- und Blasenflüssigkeit und aus dem Urin von an Eryth. exs. m. Erkrankten Kokken kultiviert, welche sich aber selten einzeln zeigten, sondern meistens als Diplokokken oder in Kettenform angeordnet in Erscheinung traten. K. Saisawa 1) fand bei Eryth. m. in Blut und Harn stäbchenförmige Mikroben, die während der Genesung verschwanden, um vermehrten Leukozyten Platz zu machen, bis nach einigen Wochen der normale Zustand zurückkehrte. Er glaubte, daß dieser Bazillus, den er aber nicht züchten konnte, für die Er-

krankung pathogen sei. Misch spricht die Vermutung aus, daß Streptokokken im Spiele sein könnten und Prof. Polland 2) weist in seiner Abhandlung „Bemerkenswertes anläßlich einer kleinen Epidemie von Eryth. exs. m." auf eine kleine, von Kruse 3) aus dem hygienischen Institut in Leipzig erschienene Arbeit hin, die sich mit experimentellen Untersuchungen über den Erreger des Schnupfens beschäftigt. Auf Grund seiner recht interessanten Arbeit am Menschen kommt Kruse zu dem Ergebnis, daß wenigstens gewisse typische Formen von Schnupfen und Husten von unsichtbaren oder filtrierbaren Keimen verursacht werden, für welche er den Namen „Aphanozoen" vorschlägt. Nun glaubt Polland die Erreger für das Eryth. exs. m. vielleicht in der Gruppe dieser unsichtbaren oder filtrierbaren Keime suchen zu können und führt u. a. aus: „Bei Eryth. exs. m. und Purpura rheum. liegen experimentelle Übertragungen der Krankheit durch gefiltertes Virus nicht vor. Derartige Versuche werden vielleicht auch nicht so leicht gelingen, weil diese Krankheiten auch nicht so leicht übertragbar sind wie z. B. der Schnupfen; doch kann man darin vielleicht den Hinweis erblicken, daß die Erreger dieser Prozesse auch in der Kategorie der Aphanozoen zu suchen sein dürften. Fraglos sind diese Erkrankungen weit weniger leicht übertragbar als beispielsweise der Schnupfen und wohl kaum durch Berührung oder körperliche Nähe von Mensch zu Mensch ansteckend, also kontagiös. Man hatte auch bisher niemals an Isoliermaßregeln dabei gedacht und auch nie direkte Übertragung gesehen. Dies kann doch nur so erklärt werden, daß die Erreger nur unter bestimmten Bedingungen haften und daß eine bestimmte „Disposition" für diese Infektion erforderlich ist. Wenngleich man sich fast scheuen möchte, dieses viel mißbrauchte Wort anzuwenden, so liegt demselben in diesem Falle doch wohl ein ganz konkreter Begriff zugrunde. Es ist ja eine tausendfältig bestätigte Tatsache, daß Mikroorganismen aller Art oft eine große Empfindlichkeit (Affinität) gegenüber einem bestimmten Nährboden bekunden. Es sei hier nur an die harmlose Pityriasis

versicolor erinnert, die im allgemeinen nur bestimmte Menschen befällt und diese immer wieder, während andere auch bei ständig feuchter Haut, die für die Ansiedlung günstig wäre, davon befreit bleiben, wenn sie auch mit dem Befallenen in noch so enger Gemeinschaft leben. Die Pilzkeime sind überall da, sie fassen aber nur auf dem „Disponierten" Fuß, wie eben gewisse Pflanzen nur auf gewissen Stellen gedeihen. Die Grundursache dieser Erscheinungen sind offenbar Vorgänge feinster Natur, die sich in ihren letzten Feinheiten gegenwärtig noch dem exakten Nachweis entziehen. Je mehr also durch solche Beobachtungen und Betrachtungen die Annahme eines infektiösen Virus als Ursache des Eryth. exs. m. an Wahrscheinlichkeit gewinnt, umsomehr muß man die auch schon einmal aufgeworfene Auffassung dieser Erkrankung als einer Angioneurose ablehnen. Die Gefäßnerven spielen dabei kaum eine wichtigere Rolle als bei allen anderen Entzündungen." Soweit die Ausführungen Pollands.

Bisweilen sehen wir das Eryth. exs. m. als Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen innerer Organe (Tbc, Eiterherde Nephritis, Gicht, Rheumatismus, Diabetes, Albuminurie, Syphilis). Hier müssen wir ein sekundäres symptomatisches Erythem annehmen. Ob es im Gefolge der Erkrankung von inneren Organen auftritt oder ob die Erkrankungen dieser inneren Organe die Folge des Verlaufes von Eryth. exs. m. sind, ist schwer zu sagen. Wenn wir das erstere annehmen wollen, was doch das wahrscheinlichere ist, dann müssen wir uns fragen, ob im einzelnen Falle die Erreger dieser Erkrankungen es selbst sind oder ihre Toxine, die das Eryth. hervorrufen. Wir müssen also unterscheiden zwischen einer bakteriellen Metastase und einer Toxikämie. Für die Annahme einer bakteriellen Metastase werden u. a. die zwei folgenden in Wolf und Mulzers 4) Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Finger beobachteten Fälle angeführt.

1. Fall: Bei einer 26jährigen Magd wurde die Diagnose typh. exanthematicus gestellt. Die Autopsie

bei der Sektion ergab eine diphteritische Schleimhautentzündung des Gaumens, Pharynx, Oesophagus und Magens, eine Pericarditis, Pleuritis und Lungeninfarkte. Die Haut zeigte zahlreiche Effloreszenzen eines Eryth. papulatum, das die Typhusdiagnose veranlaßt hatte. Die mikroskopische Untersuchung der Hautpapeln zeigte normale Epidermis, Oedem der Papillarkörper und der Cutis und leichte Rundzellenanhäufung um Blutgefäße, Talgdrüsen und Schweißdrüsen. Die Blutgefäße der Papeln, die Kapillaren wie die großen Gefäße erschienen dicht gefüllt mit Klumpen eines in langen zierlichen Ketten entwickelten Streptokokkus. Kulturversuche aus den Metastasen in Lunge, Niere und Herz ergaben die Anwesenheit des Streptokokkus pyogenes. Die ganze Beschreibung dieses Falles läßt denselben doch wohl als eine reine Streptokokkensepsis erscheinen.

2. Fall: Betrifft einen 46jährigen Mann, der an subakuter, parenchymatöser Nephritis starb. Die Haut war mit zahlreichen Purpuraflecken besät. Deren mikroskopische Untersuchung ergab neben den Blutaustritten eine dichte Infiltration der Bindegewebsbündel mit Leukozyten, also ein Eryth. haemorrhagicum. Sowohl innerhalb der Blutaustritte und der Leukozyteninfiltration als in den Blutgefäßen in der Nachbarschaft der Haemorrhagien fanden sich zahlreiche Diplokokken.

Die Auffassung, daß es sich beim Eryth. exs. m. um eine Toxikämie handelt, hat insofern auch viele Anhänger gefunden, als die positiven Bakterienbefunde doch immerhin sehr selten waren und die mikroskopische Untersuchung der Effloreszenzen aber immer das Bild einer Entzündung lieferte. Auch Henry Anthony 5) hat in seiner Arbeit „Der toxische Ursprung des Eryth. exs. m." die Ansicht vertreten, daß es sich beim Eryth. m. um ein Symptom einer Toxikämie handelt und auch die idiopathischen Formen so aufzufassen sind. Das kombinierte Auftreten des Eryth. m. mit verschiedenen Eiterinfektionen oder im Anschluß an Infektionen anderer Organe oder im Zusammenhang mit Arznei- und Ptomainvergiftung, mit Stoffwechsel- und Ausscheidungsstörungen spricht in solchen

Fällen allerdings mehr für toxischen als für mikrobischen Ursprung. In der Dermatologischen Gesellschaft in der Sitzung vom 14. 11. 22 bringt Franz Rosenthal 6) einen Fall von Eryth. exs. m. nach Fischgenuß. Die Beobachtung betrifft ein 26jähriges Mädchen. 10 Tage nach dem Erscheinen des Eryth. traten außerdem einige Pusteln am Handrücken auf mit sterilem Sekret. Die Pusteln waren entweder auf dieselbe toxische Ursache oder auf das verordnete Aspirin zurückzuführen. In der Aussprache sah Heller in dieser Mitteilung eine Bestätigung seiner früher geäußerten Auffassung über die toxische Natur des Eryth. exs. m.

Die obige kurze Auseinandersetzung führt uns also noch so recht unsere Unkenntnis über die Aetiologie des Eryth. exs. m. im allgemeinen vor Augen und ich möchte auch im folgenden zum Beleg dessen noch mehrere sehr differente Ansichten weiterer Autoren anführen.

Für ein primäres idiopathisches Erythem erklären es folgende Autoren: Hallopeau und Leredde 7) glauben an eine „rheumatische Aetiologie", weisen dabei aber gleichzeitig darauf hin, daß es Fälle gäbe, in denen rheumatische Erscheinungen vollkommen fehlen.

Nach Jadossohn 8) sind das Eryth. m. und nodosum Infektionskrankheiten wie der akute Gelenkrheumatismus und die purpura rheumatica.

Nach Milton 9) steht das Eryth. exs. m. mit Polyartritis rheumatica im Zusammenhang.

Nach Julius Müller 10) ist das Eryth. m. unzweifelhaft durch „den ganzen Verlauf, das häufig zu beobachtende Prodomalstadium, den typischen Ablauf, die typischen Allgemeinerscheinungen (Jarisch), das epidemische Auftreten (Düring)" als Infektionskrankheit anzusprechen.

Mathieu bei Widal et Thérèse 11) meint, daß gewisse „Neuroarthritiden" sich unter dem Bilde eines hämorrhagischen Eryth. äußern, das durch toxische oder infektiöse Stoffe hervorgerufen werden könne.

Nachfolgende Autoren sprechen das Eryth. exs. m. für ein sekundäres symptomatisches Erythem an:

Pedro Benaldez 12) neigt beim Eryth. m. zur Annahme einer Toxidermie. Er führt folgenden Fall an: Patientin, 35 Jahre, hat eine Brandwunde zweiten Grades auf dem linken Handrücken, durch ein Bügeleisen verursacht. Sie gebrauchte eine rote Kurpfuschersalbe. 4—5 Tage später trat Schwindel und Fieber auf. Am 6. Tag brach eine Eruption aus, beginnend auf dem rechten Handrücken, fortschreitend auf dem rechten Vorderarm, linken Vorderarm, Stirn, Augenlider, Gesicht. Kleine, runde, isolierte Papeln von intensiv roter Farbe. Das Zentrum fällt ein, das intensive Rot geht in Weinrot über. Der Ausschlag exsudiert leicht und verschwindet bald ohne Spuren zu hinterlassen. Die Eruption ist von leichtem Hitze- und Juckgefühl begleitet. Der Verfasser bespricht genau die Differentialdiagnose. Die Analyse des Urins bestätigt seine Diagnose. Der Urin enthält Bleioxyd als Bestandteil der Salbe. Der Ausschlag heilt schnell nach Entfernung der Salbe, Diuretin und Abführmittel ab.

Finger 13) führt aus, daß beim Tonsillarabszeß das Eryth. m. auf toxischer angioneurotischer Basis auftreten könne, wenn nur Toxine in die Blutbahn gelangten, allerdings gibt auch er die Möglichkeit zu, daß das Eryth. infektiöser Natur sein könnte, wenn Eitererreger in die Blutbahn kämen und dadurch metastatisch lokale Hauterscheinungen vom Bilde eines Eryth. m. veranlaßten.

Schamberg 14) meint, daß alle Fälle von Erythemen (Eryth. exs. m. usw.) durch „Giftstoffe“ hervorgerufen werden: 1. durch bakterielle und protozoische Gifte (Toxine), oder 2. durch Ptomaine oder 3. durch Leukomaine und andere metabolische Gifte oder 4. durch Arzneimittel.

Nach Misch und Osler handelt es sich beim Eryth. exs. m. um eine Krankeit unbekannter Aetiologie.

Osler 15) schreibt: das Eryth. exs. m. ist eine Krankheit unbekannter Aetiologie mit vielfachen Hautläsionen, Hyperämie, Ödemen, Hämorrhagien, Arthritis und einer Anzahl von viszeralen Erscheinungen wie Blutungen aus den Schleimhautoberflächen usw.

Misch 16) schreibt in seinem Lehrbuch: „Man beobachtet dieses Zusammentreffen (von Eryth. exs. m. der Haut und Schleimhaut mit Lues), meist im Sekundärstadium, vielfach, doch nicht immer bei Kranken, die eine Hg-Kur durchmachen oder eine solche absolviert haben. Wenngleich ein Teil dieser Erkrankungen sicherlich dem Hg selbst seine Entstehung verdankt, so gibt es doch Fälle, in welchen Hg als ursächlicher Faktor nicht in Frage kommt und entweder ein zufälliges Zusammentreffen mit Lues oder, wenn man an einen solchen Zufall bei der gehäuften Zahl einschlägiger Beobachtungen nicht glauben will, ein bisher noch nicht aufgeklärter Zusammenhang mit Lues vorliegt. Ob dabei die Lues der Entwicklung des Eryth. die Wege ebnet, d. h. die Individuen für die Entstehung desselben bei vorhandener, spezifischer Noxe empfänglicher macht oder ob in manchen Fällen das Eryth. m. als typisches Krankheitsprodukt der Spirochaeta pallida zu betrachten ist, entzieht sich bisher unserer Kenntnis.“ Die von Misch erwähnten, wenn auch seltenen Fälle von Eryth. exs. m. in der Eruptionsperiode der Frühlues sind ja bekannt und offenbar auf Spirochaetenzerfall zurückzuführen.

So verschieden nun auf der einen Seite die Ansichten der einzelnen Autoren über die Aetiologie des Eryth. exs m. sind, so mannigfach gestalten sich auf der anderen Seite die Krankheitsbilder des Erythema exs. m. auf der Mundschleimhaut, wenn auch Mundschleimhautbeteiligungen dieser Erkrankung nicht die Regel sind. An typischen Fällen ist die Literatur eigentlich arm.

Die Erkrankung verläuft gewöhnlich so, daß sich die Effloreszenzen des Eryth. m. zuerst auf der äußeren Haut an den Streckseiten der Extremitäten eventuell im Gesicht und am Rumpf ausbreiten und erst nachher die Schleimhaut in Mitleidenschaft ziehen. Diese Reihenfolge findet sich auch in den meisten in dieser Arbeit angeführten Krankheitsfällen. Aber auch eine gleichzeitige Erkrankung der Mundschleimhaut wird beobachtet, wenn auch viel seltener.

Behrend 17) beschreibt einen solchen Fall: „Zugleich zeigten sich an der Schleimhaut der Wangen, sowie an der geröteten Schleimhaut des weichen Gaumens kleine, scharlachrote papulöse Erhabenheiten von Stecknadelkopfgröße, ebenso an der Innenfläche der Labien in mäßiger Anzahl. Die Knötchen an der Mundschleimhaut schwanden gleichzeitig mit denen im Gesicht, während sie an der Innenfläche der Labien ulzerierten, kleine linsenförmige Geschwürchen mit hellrotem Rande und gelblichgrauem Grunde bildeten und zu einer kopiös-purulenten Absonderung der Scheide Veranlassung gaben." Dieser Krankheitsfall verdient übrigens Beachtung wegen des im letzten Abschnitt meiner Arbeit zu besprechenden gleichzeitigen Auftretens des Eryth. m. auf der Mundschleimhaut und an den Genitalien und der damit verbundenen Gefahr der Verwechslung mit Syphilis!

Sehr selten sind schon die Fälle, in denen die Mundschleimhautaffektionen dem auf der Haut auftretenden Eryth. exs. m. vorausgehen. Einen solchen sehr instruktiven Fall veröffentlichte Lanz 18), bei dem die Schleimhautaffektionen schon drei Tage vor dem Hautausschlage sich zeigten. Der Fall betrifft eine 26jährige Patientin, der an der Palmar- und besonders Dorsalfläche der Hände, ferner an der Dorsalseite der Vorderarme, an den Streckseiten der Kniegelenke und an den Füßen, an deren Rücken und Fußfläche sowie vereinzelt ad nates einen Ausschlag aufwies, der aus stecknadelkopfgroßen und größeren runden, das Niveau überragenden, roten Flecken bestand. Stellenweise war deren Zentrum von einer Borke bedeckt, die von einem scharf abgesetzten blauroten Ring umgeben war, den dann wiederum ein zinnoberroter Ring von der normalen Haut abgrenzte. An einigen Effloreszenzen wurde an Stelle der Borke eine zentrale Abhebung mit wäßrigem Inhalt bemerkt. Auch zwischen dem lividblauen und zinnoberroten Ring waren bei einigen Effloreszenzen Bläschenabhebungen. Am intensivsten waren die Hände befallen. An der Schleimhaut der Unterlippe konnte man Blutborken sehen oder nach deren Ab-

hebung oberflächliche Schleimhauterosionen, umgeben von einem hellroten Saum. An anderen Stellen erwies sich die Schleimhaut sowohl der Lippen- wie der Wangeninnenfläche als getrübt und weißlich gefärbt, stellenweise auch am harten und weichen Gaumen. Es bestanden multiple Drüsenschwellungen, keine Organveränderungen, dagegen Abendtemperaturen bis 39 Grad C. Die Erkrankung begann mit Kopfschmerzen, Fieber, Frösteln und Gelenkschmerzen. Weiterhin traten dann zunächst Flecke an der Mundschleimhaut auf, denen sich die Hauteruptionen anschlossen. Die Affektion heilte bei weiterer Beobachtung unter Abblassung, lamellenartiger Abstoßung der Epidermis.

Einen diesem analogen Fall beschrieb Fuchs aus Artls Klinik. Hier war die Affektion sogar 7 Tage vor dem Exanthem aufgetreten. Zwei weitere derartige Fälle veröffentlichte Lukasiewicz in der Wiener Klin. Wochenschrift. Der erste Fall betrifft einen 34jährigen Lehrer. Die anamnestischen Angaben lauteten: Seit 8 Tagen hat Patient unter Frösteln und Unwohlsein Flecke im Munde bekommen. Dieselben seien recht schmerzhaft gewesen und erschwerten deshalb die Nahrungsaufnahme bedeutend. Die Mundschleimhaut zeigte folgende Erscheinungen: Die Ober- und Unterlippe bedeckten runde, linsen- bis erbsengroße, lebhaftrote oder einen dünnen, leicht abstreifbaren weißen Belag tragende Erosionen. Ihre Peripherie war injiziert und zeigte stellenweise leichte Abhebung des noch erhaltenen Epithelsaumes. Ähnliche Erosionen, von mehr unregelmäßiger Form, sah man am harten und weichen Gaumen und an der Wangenschleimhaut. Weiter fanden sich bei ihm drei vereinzelte, über stecknadelgroße, rosenrote Flecke an den beiden Oberarmen und ein einziger, etwa pfenniggroßer am linken Oberschenkel, knapp über der Kniebeuge, vor. Während der ambulatorischen Behandlung des Kranken dehnten sich anfangs die Erosionen peripher aus; die Lippenschleimhaut bedeckte sich mit Krusten und Borken, um nach etwa 4 Wochen zu heilen.

2. Fall. Ein 30jähriger Bräuer bekam angeblich unter Fieber und Kopfschmerzen Blasen an den Lippen,

welche sich in den nächsten Tagen im Munde weiter ausdehnten und dem Kranken Schmerzen verursachten. Bei der Aufnahme zeigte der sonst gesunde Mann an der Lippenschleimhaut etwa pfenniggroße, stellenweise konfluierende, sonst runde, leicht blutende Epithelverluste mit graulichem Belag und injizierter Umrandung. An der Übergangsstelle der Schleimhaut in die Haut fand man eingetrocknete Borken, bei deren Entfernung eine Blutung auftrat. Die diffus gerötete Schleimhaut zeigte, der Schlußlinie der Zähne entsprechend, verschieden grosse, weißlich belegte Epithelverluste. Am weichen Gaumen waren rote Flecken mit stellenweise aufgelockertem Epithel zu sehen. Sonst bestand nur mehr an den beiden Vorderarmen in der Ellbogengegend je ein erbsengroßer Fleck mit zinnoberrotem Rand und bläulichrotem Zentrum. Während des Spitalaufenthaltes des Patienten traten in den ersten Tagen neue Erptionen am weichen Gaumen und der rechten seitlichen Pharynxwand auf. Nach vier Wochen waren alle Effloreszenzen im Munde nach entsprechender Behandlung überhäutet.

Die seltenste Art der Erkrankung ist nun die, daß sich die Effloreszenzen nur auf der Mundschleimhaut lokalisieren! Ich habe in der Literatur auch nur einige wenige einwandfreie derartige Fälle finden können. Bei zwei Fällen dieser Art handelt es sich um Beobachtungen, die Lukasiewicz an der Innsbrucker Klinik gemacht hat. Er schreibt u. a.:

„Im November und Anfang Dezember v. Jrs., in den Monaten also, in welchen die genannte Erkrankung gewöhnlich aufzutreten pflegt, sah ich in meinem Laboratorium zwei Fälle von derselben mit Lokalisation auf der Mundschleimhaut. Sie betrafen zwei sonst gesunde Männer, bei welchen unter geringem Fieber und Schmerzen die Eruption im Munde aufgetreten ist, die Haut aber während des ganzen Krankheitsverlaufes freigelassen hat. Die Schleimhaut der Ober- und Unterlippe, der Wangen und des Zahnfleisches zeigte oberflächliche runde oder unregelmäßige, ca. hirsen- bis erbsengroße, gräulich belegte und leichtblutende Substanzverluste. Die Umrandung der letzteren war gerötet, stellenweise mit ab-

gehobenem Epithel versehen. Am harten Gaumen eines dieser Fälle waren diffuse rote Flecken wahrnehmbar, in deren Bereich teils kleine kreisförmig angeordnete Bläschen, teils unregelmäßige Substanzverluste mit leichtem Belag sich vorfanden. Am weichen Gaumen fand man bei den beiden Krankheitsfällen gleichfalls typische Bläschen und kleine rote Substanzverluste vor. Durch periphere Ausdehnung konfluierten die Effloreszenzen im weiteren Verlauf und erschwerten dem Kranken wegen bedeutender Schmerzhaftigkeit die Nahrungsaufnahme. Bei lokaler Behandlung wurde der Prozeß nach drei resp. vier Wochen geheilt, ohne daß Hauterscheinungen dazu getreten wären. Das klinische Bild dieser Schleimhauterkrankung erinnerte mich lebhaft an die Befunde, welche ich in typischen Eryth. exs. m.-Fällen der Haut mit gleichzeitiger Schleimhautaffektion gesehen habe. Ich zweifle daher trotz des Mangels der Hauptsymptome keinen Augenblick daran, daß hier diese Erkrankung vorliegt."

Ein anderer Fall findet sich in einem Referat von Sweitzer 19): Der 33jährige Patient weist eine Eruption im Munde auf, die den Gaumen, die Wangenschleimhaut, die Zunge und die Lippenränder angegriffen hat. Er hatte schon wiederholt Ausbrüche in 3, 6 und 10 monatlichen Intervallen. Die Anfälle blieben etwa 14 Tage bestehen.

Anschließend hieran möchte ich auf die Häufigkeit der Rezidive dieser Erkrankung aufmerksam machen, da dieselben nämlich mit Vorliebe die Mundschleimhaut wiederholt befallen. Auch hier kann der Verlauf so sein, daß, nachdem die äußere Haut zuerst ergriffen wurde, die Effloreszenzen sich dann auf der Mundschleimhaut ausbreiten. Oder aber, daß ein gleichzeitiges Befallensein von Haut und Mundschleimhaut zu beobachten ist, oder aber, wie in der zuletzt geschilderten Form, daß das Rezidiv nur allein die Mundschleimhaut trifft. Diese Form ist bei Rezidiven dieser Erkrankung sogar sehr häufig! So schreibt Polland in seiner Abhandlung „Bemerkenswertes anläßlich usw." (siehe Seite 5): „Bemerkenswert ist, daß bei Rezidiven

mit Vorliebe Effloreszenzen im Gesicht und im Munde erscheinen, sehr selten sind sie in solchen Fällen an der Brust und an den Schultern anzutreffen."

Mikulicz und Kümmel äußern sich hierüber: „Auch bei Herpes iris, einer besonderen Erscheinungsform des Eryth. exs. m., kann die Mundhöhle gleichzeitig erkranken. Ein Kollege teilte uns einen derartigen Fall mit, wo einige Tage vor Beginn der Hautaffektion auf der Mundschleimhaut fibrinöse Beläge mit starker ödematöser Schwellung auftraten. In dem einen Fall stellten sich nach einem halben Jahr ein Rezidiv ein, später noch ein drittes mit alleiniger Beteiligung der Mundschleimhaut." Ferner an anderer Stelle derselben Arbeit heißt es: „Rezidive werden in einer Anzahl von Fällen beobachtet, doch pflegt die blasige Irisform an bestimmten Lokalisationen (Herpes iris der Hände, Befallensein der Mundschleimhaut) in bestimmten Intervallen wiederzukehren." Oder an einer weiteren Stelle derselben Veröffentlichung: „Ihre Zugehörigkeit zur Hautkrankheit läßt sich in den Fällen leicht beweisen, wo das Eryth. m. — wie sehr häufig — mit vielfachen Rezidiven auftritt und bei jedem Schub mit frischen Eruptionen der Mundhöhle einhergeht. Gewöhnlich macht der Patient selbst darauf aufmerksam."

Wie sehen nun die Affektionen auf der Mundschleimhaut aus? Die später nachfolgenden Krankheitsfälle zeigen, wie sehr verschiedenartig die Krankheitsbilder sein können. Hier möchte ich nur zusammenfassend bemerken, daß sich alle Übergänge von der einfachen Hypärämie bis zu tiefgreifenden Geschwüren und lebensgefährlichen Schleimhautschwellungen finden können. Von den Extremen abgesehen, besteht die Affektion in der Mehrzahl der Fälle in der Entwicklung von Effloreszenzen, welche denen der Haut ganz analog sind. Diese Effloreszenzen, die meist in der Form von roten Erhabenheiten erscheinen, können dann weitere Veränderungen erfahren, welche hauptsächlich in Abstoßung des sie bedeckenden Epithels bestehen, wobei es dann zur Bildung von oberflächlichen Erosionen und nur selten von tiefgreifenden Geschwüren kommt. Was

die Veränderungen der Schleimhaut in dem von Fuchs beschriebenen Falle anbelangt, wo die Affektion den Charakter einer croupösen Entzündung der Conjunktiva und der Mundschleimhaut annahm, so habe ich eine derartige Affektion von Eryth. exs. m. sonst nirgends mehr in der Literatur auffinden können. Diese mit Erosionen einhergehende Form kann allerdings durch starke Schleimhautschwellung sehr kompliziert sein. Goltz 20) berichtet einen solchen Fall, wo die Schwellung der Schleimhäute so hochgradig war, daß der Racheneingang fast ganz verlegt wurde und man bei einem früheren Anfalle dieser Art schon an eine Tracheotomie gedacht hatte.

Was die bullöse Form anbelangt, so habe ich schon in der Einleitung der Arbeit erwähnt, daß durch die anhaltende Mazeration beim Sprechen und Essen die Entwicklung einer schönen Blase in den meisten Fällen schon von Anfang an untergaben wird und an deren Stelle dann Erosionen zurückbleiben, die von einem erythematösen Hof umgeben sind.

Zur besseren Veranschaulichung der Mannigfaltigkeit der einzelnen Krankheitsbilder auf der Mundschleimhaut lasse ich nun mehrere Krankheitsfälle von Eryth. exs. m. mit Mundschleimhautbeteiligung folgen.

Lipp berichtet über einen Fall, wo sich gleichzeitig mit dem Hautexanthem an der Schleimhaut der Mundhöhle, an Wangen und Zunge „schwach erhabene, grau- oder gelblichbelegte Erosionen“ fanden. Der weiche Gaumen und die Bindehaut der Augen war injiziert. Derselbe Autor beobachtete in zwei anderen Fällen Injektion der Bindehaut der Augen und zwar einmal in Form eines umschriebenen roten Fleckens. In zwei weiteren Fällen erscheinen die Tonsillen und die Gaumenbögen gerötet.

Charlouis 21) beschrieb 1879 einige Fälle von Eryth. exs. m., welche er auf Sumatra und Java beobachtet hatte. Bei einem dieser Fälle wird erwähnt, daß „auf der Mucosa der Wangen einige dunkle Flecke“ sichtbar waren. In demselben Jahre veröffentlichte Grigorow 22) einen Fall von Eryth. papul., in welchem einen Mona

nach dem Eryth. der Haut ein Rückfall des Leidens auftrat. 3 Tage nach der Hautaffektion zeigten sich nun auf der hinteren Pharynxwand, an dem linken hinteren Gaumenbogen und auf dem weichen Gaumen einige erbsengroße rundliche Erhöhungen. Die sie umgebende Schleimhaut war röter als an den anderen Stellen. An einigen dieser Erhöhungen stieß sich im weiteren Verlauf der Krankheit das Epithel ab, und so kam es an diesen Stellen zur Bildung von oberflächlichen Erosionen.

Kühn 23) beschrieb 2 Fälle von Eryth. exs. m. auf der Mundschleimhaut. Bei dem ersteren dieser Fälle bestand gleichzeitig mit dem Eryth. der Haut eine Schwellung des weichen Gaumens und Zäpfchens, an letzterem eine gelblichweiße Geschwürsfläche. Am harten Gaumen hirsekorn- bis linsengroße, kreisrunde, isolierte und ziemlich tiefgreifende Geschwüre. Im anderen Falle fanden sich auf der Gaumenschleimhaut neben kleinen Ecchymosen größere Flecke, die sich durch ein Netz stark injizierter Gefäße scharf von den umgebenden blassen Hautpartien abhoben. Es bestand Rötung der Gaumenbögen und geringe Schwellung der Mandeln und der Uvula.

Hier ist auch der auf Seite 12 erwähnte von Fuchs beobachtete Fall auszugsweise wiedergegeben: „Eine stellenweise grauweiße, stellenweise aber ganz reinweiße Membran bedeckt den größten Teil der Mundschleimhaut. Ober- und Unterlippe sind mit Ausnahme der Mittellinie von großen weißen Flecken eingenommen. Von den Mundwinkeln erstrecken sich die Membranen der inneren Fläche der Wangen entlang bis zum Arcus palatoglossus. Sie bedecken den hinteren Teil des harten Gaumens, den weichen Gaumen und die Uvula. Von der Zunge ist die Spitze selbst frei. Uumittelbar aber hinter dieser beginnt der Belag, um sich längs der seitlichen Zungenränder bis weit nach hinten zu erstrecken. Auch die obere und untere Fläche der Zunge ist von einzelnen Plaques bedeckt. An jenen Stellen der Mundhöhle, wo die Schleimhaut vorspringende Falten bildet (Frenulum labii sup. et inf., Frenul. linguae, arco palatoglossus usw.) findet man einzelne Plaques, welche sich

dadurch auszeichnen, daß der hier reinweiße Belag die Form eines 2 bis 3 mm hohen Kammes annimmt, welcher der Schleimhautfalte aufsitzt. — Die Erkrankung der Mundschleimhaut war während der ersten Tage nach der Aufnahme noch im Zunehmen begriffen. Neue Plaques traten am harten Gaumen, um das foramen incisivum herum und an den Gaumenbögen auf. Die alten Flecke verdeckten sich durch Nachschübe von unten her und erreichten an einzelnen Stellen bezw. an der inneren Fläche der Wangen eine Dicke von 5 mm und darüber. Immer aber ließ sich, mit der Pinzette abgezogen, die in ihrem Gewebe durchaus intakte Schleimhaut erkennen, sodaß sich der Prozeß überall streng in dem Rahmen einer croupösen Entzündung hielt. Das Verhalten der einzelnen Partien des Mundbelages war ein verschiedenes. Die einzelstehenden runden und ovalen Plaques verschwanden nach Verlauf von einigen Tagen, während an anderen Stellen neue sich bildeten. Diese Neubildung hatte nach Verlauf von 2 Wochen ihr Ende erreicht. Die großen zusammenhängenden Flecken dagegen, welche die Lippen-, die Wangenschleimhaut und die seitlichen Teile der Zunge bedeckten, zeigten eine große Dauerhaftigkeit. Die Involution ging so langsam vor sich, daß bei der Entlassung des Patienten noch Reste der Membranen an der Unterlippe, der Seite der Zunge und der inneren Wangenfläche hafteten. Diese Membranen waren somit 31 Tage alt.

Neumann zeigte in einer Sitzung der Wiener Derm. Ges. im Jahre 1892 ein Mädchen, das vor 9 Tagen in die Klinik kam mit einem prächtigen Eryth. iris und gyratum am Vorderarm, Nacken, Gesicht nicht aber an den unteren Extremitäten. An der Schleimhaut des Gaumensegels, der Tonsillen war eine hochgradige Rötung und Schwellung sowie Abstoßung des Epithels bemerkbar.

Anschließend berichte ich über Fälle, die an der Derm. Abteilung des Krankenhauses Schwabing zur Beobachtung kamen und die mir Herr Prof. Heuck zur Verfügung gestellt hat.

Fall 1. Patient K. seit 3 Wochen an rheumatischen allgemeinen Beschwerden leidend, seit 3 Tagen rote Flecke an Händen und Armen, besonders an deren Dorsalflächen. Seit einem Tag wunde Stellen im Munde, besonders am Zahnfleisch, das leicht blutet. Nahrungsaufnahme kaum möglich. Befund: am Handrücken und an der Dorsalfläche der Vorderarme fleckige Erscheinungen eines Eryth. exs. m. mit zahlreichen sogenannten Kokardenformen. Das Zahnfleisch, am Unterkiefer und besonders am Oberkiefer ulzeriert, leicht blutend mit konfluierenden Gewebsmembranen bedeckt. Ebenso an den Wangentaschen weißliche Abhebungen der Schleimhautoberfläche. An zwei Stellen rundliches zentralabgehobenes Schleimhautepitel von rötlichem, entzündlichem Gewebssaum umgeben. Unter Aspirin intern und Trypaflavin-Spülungen der Mundhöhle erfolgte prompte Abheilung.

Fall 2. Patientin M. erkrankte seit 5 Tagen an knotigen, sehr schmerzhaften Verdickungen der Unterschenkel. Eine Verletzung oder ein Stoß war nicht vorangegangen. Frösteln und Fieber seit gestern. Seit 2 Tagen wunde Stellen in der Mundhöhle. Zahnfleisch leicht blutend. Befund: An den Unterschenkeln, an den Tibien rechts 4, links 2 rundliche starke entzündliche gerötete Auftreibungen. Bei Berührung äußerst schmerzhaft. Sie müssen als typische Erythema nod.-Knoten bezeichnet werden. In der Mundhöhle, an den Wangentaschen in scharfer Absetzung ausgedehnte weißliche Trübungen der Schleimhaut, die an mehreren Stellen abgehoben ist, an anderen Stellen in Gewebefetzen sich vorfindet. Zahnfleisch am Oberkiefer gerötet, stellenweise weiße Trübungen. Ulzerationen der Schleimhaut, die leicht blutet. Auch am Zahnfleisch des Unterkiefers in größerer Ausdehnung weißliche Trübungen und stellenweise Erosionen, die bluten. Abendtemperatur bis 39,2 Grad. Unter Alkoholverbänden, Hochlagerungen, Aspirin intern, Kamillenteespülungen der Mundhöhle Abheilung der Erscheinungen.

Fall 3. Patient H. schon seit drei Jahren ständig im Herbst starke Schmerzhaftigkeit in Muskeln und Gelenken. Mehrfach auch von Gelenkschwellungen be-

gleitet und stets kompliziert durch starkes Wundsein der Mundhöhle. Seit 5 Tagen wiederum Schmerzen in der Mundhöhle. Fast Unmöglichkeit der Speisen-Aufnahme. Leichte Blutungen des Zahnfleisches. Schmerzen beim Öffnen des Mundes. Befund: Das ganze Zahnfleisch im Ober- und Unterkiefer mit weißlichen Gewebsmassen bedeckt, an vielen Stellen blutend. Am harten Gaumen und am rückwärtigen Zahnfleisch der oberen Zähne ebenfalls starke Mazeration und blutende weißlich-verfärbte Schleimhaut, die stellenweise in Membranen abgehoben ist. Abendliche Temperaturen bis 38,2. Unter Aspirin und Salbeitee-Spülungen der Mundhöhle allmähliche Abheilung der Erscheinungen.

Es handelt sich bei den aus dem Krankenmaterial der Dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Schwabing angeführten Fällen um typische Fälle eines Eryth. exs. m der Mundschleimhaut. Bei zweien der Fälle waren außerdem ausgesprochene Erscheinungen eines exudativen Erythems der Haut stellenweise auch in Form von Herpes iris zu sehen. Bei allen Fällen bestanden rheumatische Beschwerden der Muskeln oder Gelenke. In einem Fall auch Erscheinungen eines typischen Eryth. nod. der Unterschenkel. Der letzte Fall zeigte lediglich Erscheinungen der Mundschleimhaut, die jährlich im Herbst die gleichen Rezidiv-Erscheinungen machte.

Zum Schlusse möchte ich noch auf Krankheitsfälle eingehen, welche Verwechslung mit Syphilis herbeiführen können. Es sind dies die Fälle, bei denen ein Luetiker mit einem Eryth. exs. m. der Schleimhaut behaftet ist oder wo das Eryth. exs. m. sich außer auf der Mundschleimhaut auch an den Genitalien vorfindet. Im ersteren Falle liegt eine Verwechslung wegen der vorliegenden syphilitischen Erkrankung nahe, im letzteren Falle wegen der trügerischen Lokalisation.

Daß Luetiker des öfteren mit einem Eryt. exs. m. der Mundschleimhaut behaftet sind, zeigen die nachfolgenden Krankengeschichten.

Neumann 24) zeigte in einer Sitzung ein Mädchen mit 5 Monate bestehender Syphiliserscheinung, das neben

der Sklerose an den Extremitäten in der vulva und an den kleinen Schamlippen ein Eryth. iris hatte. In der vulva war das Epithel bereits abgestoßen und nach dem Bericht Neumanns „zum Unterschied gegenüber syphilitischen Papeln kein Belag, dagegen scharfe Begrenzung" sichtbar. An der Schleimhaut der Lippe, wo ein solcher Herpes iris häufiger vorkommt, sah man nach Abstoßung des Epithels schwache Erhabenheiten, umgeben von einem entzündlichen Saum.

Anschließend führe ich 6 Fälle an, die Trautmann in der Münchener Med. Wochenschrift veröffentlicht hat.

Fall 1. 33jähriger Mann. Vor drei Jahren syphilitische Infektion mit nachfolgenden Sekundärerscheinungen auf Haut und Schleimhaut. 3 Schmierkuren. Status: an den Streckseiten beider Handgelenke, Oberarme, Oberschenkel, an der inneren rechten Fußseite papelähnliches Exanthem. Am Zahnfleisch und an der Wangenschleimhaut plaquemuqueuse-ähnliche, ins weißliche spielende Verfärbung. Differentialdiagnose zw. circinärem papulösem Syphilid, sowie plaques muqueuses und Eryth. exs. m. papulatum. Letzteres wurde angeblich sicher gestellt. Salizylsäureremedikation. Heilg. in 5 Wochen.

Fall 2. 30jähriger Gutsbesitzer. Luetische Infektion vor 10 Jahren. Sekundärerscheinungen. Vor 6 Jahren kraterförmige Geschwüre an den Tonsillen und im Pharynx. 4 Schmierkuren. Vor 14 Tagen Auftreten verschiedener Erscheinungen, wegen welcher in seiner Heimat auf ärztlichen Rat eine erneute Schmierkur eingeleitet wurde. Status: Roter, welschnußgroßer Knoten über der rechten Tibia. Roseolaartiges Exanthem an beiden Unterarmen mit einzelnen Knötchen. An der linken Tonsille fünfpfennigstückgroße, schmierig belegte Erosion, in der Mittellinie der hinteren Pharynxwand, von der Uvula verdeckt, eine ganz gleiche. Indolente Schwellung der Nackendrüsen. Nächtliche Schmerzen an den Unterschenkelknochen. Diagnose: Eryth. exs. m. (papul.) et nod. von Haut und Schleimhaut. Salizylsäureremedikation. Heilung in 3 Wochen.

Fall 3. 30jährige Jungfer. Angebliche luetische Infektion vor 6 Jahren. Erscheinungen in Mundhöhle,

Rachen und auf der Haut. 2 Hg-Spritzkuren. Vor zwei Jahren umschriebene Gaumengeschwulst, die auf Gebrauch von Hg-Pillen verschwand. Seit einer Woche die gleiche Geschwulst. Status: Am harten Gaumen Zweimarkstück großer, ca. 1 cm dicker Tumor, nicht gut abgegrenzt, von teigiger Konsistenz. Uvula und Rachen bläulich verfärbt. Auf der Tonsille erbsengroße, schmierigbelegte Erosion. An den Vorderarmen roseolaartige Zeichnungen. Indolente Nacken- und Submaxillardrüsenschwellung. Diagnose: Eryth. exs. m. et nod. der Haut und Schleimhaut. Salizylsäuremedikation. Heilung in 4 Wochen.

Fall 4. 24jähriger Kaufmann. Syphilitische Infektion vor einem Jahr. Sekurdär-Erscheinungen. 3 Schmierkuren. Status August 1905: Zehnpfennigstückgroßes kraterförmiges, tiefes luetetisches Ulcus in der Mitte der hinteren Pharynxwand, je ein gleiches, erbsengroßes an der Seite. Jk. Heilung nach 4 Wochen. November 1905: An der gleichen Lokalisation 5 erbsengroße, speckig belegte Geschwüre: Angina necrotica. Schmerzen in fast allen Gelenken. Na salicyl. Heilung nach 14 Tagen. Ende Januar 1906: Patient hat in der Zwischenzeit eine vierte intensive Schmierkur durchgemacht und glaubt wiederum syphilitische Erscheinungen zu haben. Status: RechteTonsille: Kleinerbsengroßes, rundes, speckigbelegtes Geschwür, zwei gleiche an der hinteren Pharynxwand, eines an der Zungenmandel. Am linken Aryknorpel ovaler, ca. 1/4 cm langer Substanzverlust, speckig belegt. Rechtes und linkes Stimmband aufgelockert und gerötet. Zervikaldrüsen geschwellt. Diagnose: Schuhmachersche Hydrargyrose. Spontane Heilung. Ende Februar 1906: Auf der Stirn- und Kopfhaut zahlreiche, überlinsengroße Papeln, einem großpapulösem Syphilid gleichend, obenso am linken Vorderarm. Am rechten Unterschenkel ein flächenhaftes, rosarotes Eryth., in der Mitte über der Tibia eine talergroße, ca. 1 cm dicke, schlechtabgegrenzte, teigige, bläulichrote, auf Druck persistente Hervortreibung. Am Knochen nächtliche, ziehende Schmerzen. Leistendrüsen beiderseits indolent geschwollen. In der Mittellinie, an der Stelle der früheren

Ulzeration, fünfpfennigstückgroße, mit Schleim belegte Erosion mit polyzyklischer Kontur, die auf eine frühere Blase deutet. An der rechten Tonsille gleicher, tieferer Substanzverlust mit weißlichem Belag. Diagnose: Eryth. exs. m. et nodos. der Haut und Schleimhaut. Salizylsäuremedikation. Heilung nach einer Woche.

Fall 5. 45jähriger Industrieller. Vor 20 Jahren exotische Luesinfektion. In Jahresabständen tiefe Zungen- und Tonsillengeschwüre, Hodengumma, ulzeröse, tertiäre Oberarmsyphilide, Bluthusten, zuletzt vor 5 Jahren Pharynxgeschwüre. 4 Schmierkuren, 2 Spritzkuren, mehrfache JK. Zur Zeit der Vorstellung Atembeschwerden und Halsschmerzen. Status: Auf der Zunge vereinzelt kleine schmierige Knötchen. An der Hinterwand des Schlundes fünfpfennigstückgroße, speckig belegte Erosion. Auf Grund der Anamnese zunächst JK. Nach Verlauf einer Woche hustet der Patient beim Stiefelanziehen eine geringe Menge schmutziggefärbten Blutes aus, sodaß er an einer Haemoptoe tuberculosa denkt. Lunge ohne pathologischen Befund. Diagnose: Eryth. exs. m. et nodos. Salizylsäuremedikation. Nach fünf Wochen völlige Heilung.

Fall 6. 26jähriger Reisender vor 6 Jahren luetische Infektion. Letzte spezifische Erscheinungen vor zwei Jahren. Dann periodisch auftretende Mundhöhlengeschwürchen. 3 Schmierkuren, eine Spritzkur. Status: Auf der Uvula, Tonsillen, am Pharynx und den Schleimhautfalten des Larynx bis linsengroße, graubelegte Erosionen, von polyzyklischer Kontur und zum Teil an den Rändern mit weißlichen Epithelfetzen. Beim ersten Anblick Ähnlichkeit mit erodierten syphilitischen Papeln. Diagnose schwankt zwischen Erosionen von Herpes oder solchen von Eryt. exs. m. vesic. Heilung nach 4 Wochen ohne Therapie.

Hierzu möchte ich erwähnen, daß man dieses Zusammentreffen von Eryth. exs. m. der Mundschleimhaut (und auch der Haut) mit Syphilis meist im Sekundärstadium der Syphilis antrifft, und zwar einmal bei Leuten, die eine Hg-Kur durchmachen oder eine solche durchgemacht haben. Sicherlich verdankt ein Teil dieser Er-

krankungen dem Hg seine Entstehung und dürfte auf Überempfindlichkeit gegen Hg zurückzuführen sein. In zahlreichen anderen Einzelbeobachtungen andererseits besteht doch offenbar ein bestimmter Zusammenhang zwischen Lues und Eryth. exs. m. Auch Zumbusch wirft in Rieckes 26) Lehrbuch die Frage auf, ob nicht die relative Häufigkeit des Vorkommens eines Ausschlags bei Syphilitikern im Sekundärstadium, der dem Eryth. exs. m., noch öfter aber dem Eryth. nod. vollkommen gleicht, für direkten Zusammenhang mit Lues und nicht für ein zufälliges Zusammentreffen spricht.

Misch schreibt in dieser Beziehung in seinem Lehrbuch als Resüme: „Ob daher die Lues der Entwicklung des Eryth. m. die Wege ebnet, d. h. die Individuen für die Entstehung derselben bei vorhandener spezifischer Noxe empfänglicher macht, oder ob in manchen Fällen das Eryth. m. als ein typisches Krankheitsprodukt der Spirochaeta pallida zu betrachten ist, entzieht sich bisher unserer Kenntnis."

E. Hoffmann 27) bringt in seiner Abhandlung „Über Erythema nodos. u. multif. syphilitischen Ursprungs" zwei reine Fälle von Eryth. exs. m., die durch Syphilis bedingt sind. — In beiden Fällen trat das Erythema m. ganz plötzlich auf. Bei dem einen Fall kurz vor dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen, bei dem anderen ging es den sicher erkennbaren syphilitischen Manifestationen an der Haut und den Schleimhäuten sogar um wenigstens 10 Tage voraus. Bei beiden Fällen handelte es sich um eine ziemlich schwere Syphilis. In Bezug auf den aetiologischen Zusammenhang äußert sich Hoffmann u. a.: „In den beiden von mir geschilderten Fällen kann meiner Meinung nach ein Zweifel über den aetiogischen Zusammenhang zwischen Syphilis und Eryth. m. nicht bestehen. Irgendeine andere Ursache war trotz genauester Untersuchung nicht zu finden. Das Auftreten des Eryth., beidemale begleitet von charakteristischen, nachts sich steigernden Kopfschmerzen, erscheint als das erste Zeichen des syphilitischen Giftes in die Blutbahn, dem im ersten Fall andere sichere Manifestationen der generalisierten Lues sofort, im zweiten erst auffallend spät

folgen. Auch der prompte Erfolg der kombinierten antisyphilitischen Behandlung kann als Beweis für die syphilitische Natur des Eryth. m. herangezogen werden.“ Ferner an anderer Stelle: „Diese so akut ausbrechenden Erytheme verdienen trotz ihrer Seltenheit doch unsere Aufmerksamkeit, da sie geeignet sind, den Arzt irre zu führen und seinen Blick von dem Grundübel abzulenken. Ist es doch uns selbst in einem Falle erst nach längerer Zeit möglich gewesen, die richtige Diagnose zu stellen, wiewohl wir von vornherein den Argwohn auf Lues hatten. Es erscheint mir daher nicht unwichtig, auf diese anscheinend sehr seltenen, den Ausbruch der gewöhnlichen konstitutionellen Symptome einleitenden oder schon im voraus ankündigenden polymorphen Erytheme, welche ihren Sitz mit Vorliebe im Gesicht, am Halse und an den Händen zu haben scheinen, nachdrücklich hinzuweisen.“

Ein Exanthem in der Form des Eryth. exs. m. in der Eruptionsperiode der Frühlues geht, wie bereits erwähnt, häufig dem luetischen Exanthem unmittelbar voraus. Von einem solchen Fall berichtet Heuck bei einem Lokomotivführer, der beruflich durch Herausstrecken des Kopfes aus der Lokomotive zum Übersehen der Strecke besonderen Hautreizen im Gesicht ausgesetzt war. Er erkrankte plötzlich an einem ausgedehntem Exanthem im Gesicht und auch am Körper, bestehend aus multiplen dunkelroten Flecken, die vielfach eine dunklere zentrale punktförmige Verfärbung oder zentrale leichte Abhebungen aufweisen. Bei Ruhe und feuchten Umschlägen heilte das Exanthem innerhalb einigen Tagen ab. Aber noch während der Abheilung zeigte sich am Körper und auch im Gesicht ein neuer kleinfleckiger, geröteter Ausschlag, begleitet von indolenten deutlichen Drüsenschwellungen, eine typisch, universielle frühluetische Roseola.

Eine weitere Verwechslungsmöglichkeit mit Syphilis liegt dann vor, wenn sich die Eryth. exs. m.-Efflorescenzen nur auf der Mundschleimhaut und den Genitalien vorfinden. Hiefür führe ich als einziges

in der Literatur gefundenes aber wirklich sehr typisches Beispiel die 3 Fälle von Rosenthal 28) an.

„Bei diesen 3 Patienten handelte es sich um Männer im Alter von ungefähr 30 Jahren. Dieselben erkrankten ohne bestimmt nachweisbare Ursache plötzlich mit einer Affektion im Munde, die von anderen Spezialkollegen, erfahrenen Praktikern, und von mir selbst beobachtet worden ist und bei der man feststellen konnte, daß die Primäreffloreszenzen in Blasen bestanden, die sich auf den Schleimhäuten der Zunge, der Lippen, der Wangen, des weichen und des harten Gaumens und des Schlundes bildeten. Die Patienten selbst gaben mit Bestimmtheit an, daß jedesmal die ersten von ihnen wahrgenommenen Erscheinungen auf Blasenbildungen beruhten. Zu gleicher Zeit trat bei allen dreien ein ähnlicher Prozeß an den Genitalien auf. Hier konnte man Vesikeln und Bullen von verschiedenster Größe auf das allerdeutlichste erkennen. Ein gemeinsames Moment bei den drei Fällen war ferner der Umstand, daß auf keinem anderen Punkt der äußeren Haut irgend eine Affektion oder irgend ein Exanthem sichtbar war. Auch muß hervorgehoben werden, daß bei den drei Patienten der erste Anfall in die Herbst- und die sich anschließende Winterzeit resp. in das Frühjahr fiel. Heilung erfolgte auf einfache lokale Behandlung hin, aber jeder dieser Fälle zeigte eine Anzahl Recidive. Immer wieder spielte sich das gleiche Bild ab: Beschwerden im Munde durch Blasenbildung bewirkt, Unbequemlichkeit an den Genitalien, dadurch hervorgerufene Verstimmung und Sorge um die Gesundheit. — Rosenthal erwähnt, daß bei diesen drei Fällen die verschiedensten Diagnosen gestellt wurden, er sagt ferner: „Daß der Verdacht auf Lues vor allem auszusprechen ist, wo es sich neben einer Affektion der Genitalien gleichzeitig um Erscheinungen im Munde handelt, ist selbstverständlich. Der eine Patient hat mehrfach den Beginn von Injektionskuren über sich ergehen lassen müssen, ohne daß natürlich seine Affektion in irgendeiner Weise beeinflußt worden ist.“

Hauptsächlich aus dem letzten Teil ist zu ersehen, welch eine große praktische Bedeutung die genaue Kenntnis des Eryth. exs. m. für den Arzt hat. Durch die falsche Diagnose „Syphilis“ wurde schon manches Unheil angerichtet, in dem die betreffenden Patienten nicht nur fort und fort ohne Erfolg, sondern mit dem größten Schaden spezifisch behandelt wurden. Besondere Vorsicht ist deshalb in allen den Fällen zu beachten, wo die Affektion auf der Mundschleimhaut bei Syphilitikern vorkommt oder wo sich die Affektion nur auf der Mundschleimhaut und den Genitalien lokalisiert hat. Bei zweifelhaften Fällen von Syphilis der Mundschleimhaut ist also immer auch an eine Eryth. exs. m.-Erkrankung zu denken! Ausschlaggebend für den endgültigen Erfolg wird bei Mangel anderer klinischer Symptome die Wassermannsche Reaktion letzten Endes sein! Gerade auch der Zahnarzt, der sehr häufig als erster (durch Primäraffekt und Sekundärerscheinungen im Munde) in der Lage ist bei seinen Patienten Syphilis festzustellen, muß sich vor der leicht möglichen Verwechslung des Erythema exsud. multiforme der Mundschleimhaut mit syphilitischen Erkrankungen mit ihrer Folgenschwere in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht hüten.

Zusammenfassend ist zu sagen:

1. Das Eryth. exs. m. der Mundhöhle gibt oft zu diagnostischen Schwierigkeiten Anlaß.

2. Es ist zwischen einem primär idiopathischen und einem sekundär symptomatischen Eryth. exs. m. zu unterscheiden.

3. Die Aetiologie der Erkrankung ist bis heute noch unbekannt, es ist jedoch an einer infektiösen Ursache nicht zu zweifeln.

4. Die Erkrankung kann kombiniert mit einem Eryth. exs. m. der Haut einhergehen und entweder den Erscheinungen der äußeren Haut vorausgehen, gleichzeitig mit ihnen auftreten oder sich anschließend an Hauterscheinungen solchen Charakters zeigen. Auch lediglich auf der Mundschleimhaut allein lokalisierte Fälle sind beobachtet.

5. Bei dem klin. Bild der Affektion auf der Mundschleimhaut können sich alle Übergänge von der einfachen Hyperämie bis zu tiefgreifenden Geschwüren bilden.

6. Bei den von mir berichteten Fällen war die Affektion zweimal mit Erscheinungen der Haut kombiniert, einmal auf der Mundschleimhaut allein lokalisiert.

7. Eine Verwechslung mit Syphilis ist vor allem dann möglich, wenn die Erscheinungen des Erythema mult. bei Syphilitikern auf der Mundschleimhaut auftreten oder aber wenn sie gleichzeitig in der Mundhöhle und an den Genetalien lokalisiert sind.

Literaturnachweis.

1) Saisawa, K.: Beitrag zur Aetiologie des Eryth. exs. m. (Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 17).

2) Polland, R.: Bemerkenswertes anläßlich einer kleinen Epidemie von Eryth. exs. m. (Derm. Zeitschr. Band XXII, Heft 1. Juli 1914.)

3) Kruse: Münchener Med. Wochenschr. 1914, Nr. 28.

4) Wolf und Mulzer: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

5) Anthony, H.: Der toxische Ursprung des Eryth. exs. m. (The Journal of cut. diseases includ. Syph. 30. März 1912, Nr. 3)

6) Rosenthal, Franz: Eryth. exs. m. nach Fischgenuß (Berl. Derm. Ges., Sitzung vom 14. 11. 22).

7) Hallopeau et Leredde: Sun un érythème bulleux suraigu du dos des mains. (Traité Pratique de Derm., Paris 1900).

8) Jadossohn: Über infekt. und toxische haematogene Derm. (Monatshefte für prakt. Dermat. 1904).

9) Milton: Path. and Treatment of dis. of the skin. (Third Edit., London 1890).

10) Müller, Jul.: Die Vaccinetherapie beim Eryth. m. (Hebra). Derm. Zeitschr. Band XXVI, Heft 5.)

11) Widal et Thérèse: Purpura et érythème à streptocoques. (Annal. de Derm. et Syph. 1894, Band 3, 5, p. 1924.)

12) Bernáldez, P.: Ein Fall von med. Eryth. exs. m. (Rev. med. de Sevilla. Jahrg. 40, 1921.)

13) Finger, E.: Beitrag zur Aetilogie und pathol. Anatomie d. Eryth. m. u. d. purpura. (Archiv f. Derm. und Syph. 1893.)

14) Schamberg: An inquiry into the etiology and nature of the toxie erythemata. (The Brit. Journal of Derm. y Siph. mars 1906.)

15) Osler: On the visceral Complikation of Eryth. m. (Americ. Journal of the med. Scienc. Dez. 1895.)

16) Misch, Jul.: Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin- und Zahnheilkunde. 1922.

17) Behrend: Ein Fall von Eryth. m. universale. (Viertelj. Schr. f. Derm. 1877.)

18) Lanz, Alfred: Ein Fall von Eryth. exs. m. mit Beteiligung der Mund- und Rachenschleimhaut. (Berl. Med. Wochenschrift. 1886.)

19) Sweitzer: Eryth. m. (Minnesota derm. a. syphilol. Band 9, Nr. 1, 1924.)

20) Goltz: Über eine eigentümliche Form von Erythem. (Deutsche Med. Wochenschr. 1880. Nr. 7.)

21) Charlouis: Einige Beobachtungen über das Eryth. exs. m. (Viertelj. Schr. für Derm. und Syph. 1879, S. 531.)

22) Grigorow: Eryth. exs. papul. (Petersburger Wochenschr. 1880, Nr. 415.)

23) Kühn: Eryth. exs. m. (Berliner Klin. Wochenschr. 1880. Nr. 4 und 5.)

24) Neumann: Wiener Dermat. Sitzung v. 11. i. 93.

25) Trautmann: Eryth. exs. m. u. nod. der Schleimhaut In ihren Beziehungen zur Syphilis. (Münchener Med. Wochenschr. 1906 B Seite 2101.)

26) Riecke: Lehrb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1921.

27) Hoffmann, E.: Über Eryth. nodos. u. mult. syphilitischen Ursprungs. (Charité-Annalen von Berlin 1903, 27. Band.)

28) Rosenthal, O. (Berlin): Beitrag zu den blasenbildenden Affektionen der Mundschleimhaut. (5. und 6. Sitzung der Verhandlungen der Deutschen Dermat. Ges.)

Lebenslauf.

Am 11. November 1899 zu München geboren, besuchte ich vom Jahre 1905—1917 die Volks-, Mittel- und Oberrealschule, hier, aus deren 7. Klasse ich am 2. Juni 1917 zum 1. Feldart.-Rgt. in München einberufen wurde. Vom 12. Februar bis 11. November 1918 stand ich beim 1. Res.-Feldart.-Rgt. in Flandern an der Front. In der Zeit der politischen Umwälzungen diente ich 2 Monate im Freikorps Epp und mit dem Wintersemester 1919/20 begann ich mein zahnärztliches Fachstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Am 8. Mai 1923 erhielt ich meine Approbation und bin hier seit dieser Zeit selbständig als Zahnarzt tätig.